

Huisartsenposten: hoe zit het met de kwaliteit?

P.H.J. Giesen, huisarts-onderzoeker

Afdeling Kwaliteit van Zorg/Voortgezette Opleiding Huisartsen, Nederlands Kenniscentrum Huisartsenposten en Spoedzorg, Radboud Universiteit, Nijmegen

In Nederland is de laatste jaren veel veranderd op het gebied van huisartsenzorg buiten kantoor tijden. Inmiddels zijn nagenoeg alle kleinschalige waarneemgroepen vervangen door zo'n 127 grootschalige huisartsenposten. Deze ontwikkeling vertoont sterke gelijkenis met ontwikkelingen in een groot aantal Europese landen, met name Engeland en Denemarken.^{1,2}

In een poging bij te dragen aan de kwaliteitsontwikkeling op huisartsenposten deden we onderzoek naar de kwaliteit vanuit het perspectief van de hulpverlener en patiënten. Ook deden we gericht onderzoek naar vermeende knelpunten.

In dit artikel wordt verslag gedaan van een aantal deelonderzoeken, zoals uitgevoerd door onze onderzoeksgroep aan de Radboud Universiteit in Nijmegen.

Organisatie

Huisartsenposten hebben de volgende gemeenschappelijke kenmerken:³⁻⁶

- meestal in de buurt of in het ziekenhuis gesitueerd;
- toegang via een centraal telefoonnummer;
- grootschaligheid met populaties van 50.000 tot 500.000 patiënten;
- afstanden tot 20 en zelfs 30 km;
- volledig uitgeruste herkenbare dienstauto met chauffeur;
- veel ICT-voorzieningen, zoals elektronisch patiëntendossier, online verbinding met de auto;
- triage aan de telefoon door assistenten of verpleegkundigen;
- korte diensten voor huisartsen (tussen 6-8 uur);
- taakdifferentiatie tijdens de dienst: consultarts, visitearts en telefoonarts.

De huisartsenposten beperkten zich aanvankelijk tot stedelijke gebieden met relatief korte reisafstanden. Doordat huisartsen op het platteland dezelfde knelpunten ervoeren en door het dreigende tekort aan huisartsen, werd ook het platteland in korte tijd bij de huisartsenpost betrokken. Zo kon het dus gebeuren dat huisartsen uit de stad dienst deden voor het platteland en omgekeerd.

Deze door huisartsen zelf ingezette reorganisatie van de diensten toonde weldra ook kinderziekten en onafwendbare keerzijden. Patiënten, politiek en media reageerden hierop met veel kritiek, die in grote lijnen betrekking had op de grote reisafstanden, gebrekkige triage door assistenten en afhoudend gedrag van hulpverleners, gebrekkige afstem-

ming met andere hulpverleners en vooral medisch inhoudelijke missers. Dit vormde reden voor een onderzoek van de Inspectie.⁷

Perspectief van de huisarts³⁻⁶

Huisartsenposten zijn vooral ontstaan om de werkdruk en een groot aantal knelpunten van huisartsen te verminderen. Uit ons onderzoek in 1999 bleek dat huisartsen in Nederland een werkweek van 55 uur hadden en daarbovenop 20 uur dienst. Daarnaast bestonden er veel knelpunten, zoals het gebrek aan personele en materiële ondersteuning, onvoldoende scheiding tussen werk en privé, en de wens tot meer vrije tijd. Bovendien rapporteerden huisartsen veel last te hebben van oneigenlijke hulpvragen en veeleisende patiënten. Hiermee samenhangend bestond er een lage arbeidssatisfactie en een gebrekkige motivatie om dienst te doen.

Ten slotte bleek de positie van de huisartsen in de spoedzorg de laatste decennia steeds minder duidelijk te zijn geworden, doordat patiënten bij vermeende spoedsituaties 1-1-2 belden of zich meldden op de SEH van het ziekenhuis.

De komst van grootschalige huisartsenposten lijkt een gepast antwoord te zijn geweest op genoemde problemen van de huisartsen. Vergeleken met de waarneemgroepen nam de objectieve werkdruk van huisartsen op huisartsenposten af van 20 naar 5 uur per week. De huisartsen rapporteerden minder negatief patiëntgedrag, en door het werken in teamverband nam de arbeidssatisfactie duidelijk toe. De korte diensten en de scheiding van het werk en privé-leven legden aanzienlijk minder beslag op het gezinsleven. Ook de neiging om zelf dienst te doen en deze niet te verkopen, nam duidelijk toe. Knelpunten bleken vooral het 's nachts waakdienst doen, gebrek aan het medisch dossier en onzekerheid bij handelen in spoedeisende situaties op de huisartsenpost. Voor de toekomst zien de huisartsen voor zichzelf een rol weggelegd in de spoedeisende zorg en in verdergaande samenwerking met het ziekenhuis.

Patiëntenperspectief^{5,6,8-9}

In tegenstelling tot berichten in de pers zien we een hoge mate van tevredenheid over de geboden zorg. In ons onderzoek uitgevoerd op 24 huisartsenposten gaf tweederde van de patiënten de huisartsenpost een rapportcijfer van 8 of hoger. Patiënten die een telefonisch consult ontvingen, oordeelden – vergeleken met een consult of visite – minder positief. Daarnaast wordt een hoge waardering gegeven voor

de ontvangen zorg door de huisarts, in iets mindere mate voor de assistente aan de telefoon en het minst voor de organisatie. Ervaren belemmeringen om naar de post te komen hangen vooral samen met somatische belemmeringen, zoals mate van ziek zijn en gebrekkig ter been zijn. Afstand lijkt nauwelijks een belemmering te zijn. Toch is er ruimte voor verbeteringen. Patiënten willen vooral betere voorlichting, aanwezigheid van het medisch dossier, minder telefonische afhandeling en vaker de mogelijkheid een huisarts te spreken. Ten slotte is er veel kritiek op de apotheekvoorziening, want patiënten moeten na contact met de huisartsenpost vaak ver reizen om aan medicijnen te komen. Nader onderzoek vindt op dit moment plaats naar specifieke groepen zoals allochtonen en chronisch zieken.

Op zoek naar knelpunten bestudeerden we de klachtendossiers van een huisartsenpost. Hierbij bleek het klachtenpercentage uitermate gering: over de 161.040 contacten met patiënten ontving de huisartsenpost in totaal 121 inhoudelijke klachten (0,075%). Er wordt dus één keer geklaagd per 1331 verrichtingen. Gemiddeld kwamen de klachten 48 dagen na het contact met de huisartsenpost binnen. De periode is opvallend lang en betekent waarschijnlijk dat patiënten niet impulsief een brief schrijven, maar er eerst over nadenken.

Kijken we naar de verdeling van de klachtenbrieven over de verrichtingen, dan zien we dat het meest wordt geklaagd over telefonische consulten en het minst over visites. In verhouding wordt er over consulten het minst geklaagd en over telefonische consulten het meest.

Patiënten klagen het meest over het medisch en communicatief handelen van de huisarts en in mindere mate over dat van de triageassistent. Veruit de meeste medische klachten hadden geen betrekking op een ernstige of fatale afloop. Bij vijf klachten was er sprake van overlijden van een patiënt, maar het was niet duidelijk waar de oorzaak lag.

In tegenstelling tot wat uit de media naar voren komt, hadden slechts weinig klachten betrekking op de (grootschalige) organisatie. Naar aanleiding van 34 van de 121 klachten werden er in de dossiers leerpunten geformuleerd (tabel 1).

Tabel 1
Klachten en leerpunten

AARD VAN DE KLACHT	AANTAL	%	% MET LEERPUNT
Medisch handelen huisarts	35	28,9	22,9
Medisch handelen assistente	24	19,9	45,8
Bejegening huisarts	20	16,5	15,0
Bejegening assistente	16	13,2	31,2
Organisatie	24	19,9	20,8
Overig	2	1,6	-
Totaal	121	100	

Kenmerken patiëntenpopulatie en zorg^{5-6,10-11}

Per jaar maken rond 280 patiënten per 1000 inwoners per jaar gebruik van de zorg op huisartsenposten, waarbij 60% van het vrouwelijke geslacht. Negentig procent van de klachten betreft een somatische klacht. Op basis van clusters van ICPC-codes verdeelden we alle klachten van patiënten (tabel 2). Hierbij valt op dat somatische klachten vooral worden bepaald door infecties, klachten van het bewegingsapparaat en buikklachten.

Tabel 2
Verdeling van de klachten op de huisartsenpost naar aard (in %)

Trauma	6,8
Infectie	26,2
Psychisch/sociaal	4,4
Buikklachten	10,1
Bewegingsapparaat	12,8
luchtwegen	4,8
Hart-vaat	3,9
Huid	3,2
Urineweg	1,5
Zenuwstelsel	4,3
KNO	4,8
Endocrien	1,4
Oog	7,6
Complicaties behandeling	1,9
Geslachtsorganen/zwangerschap	2,0
Overig	5,4
Totaal	100

Levensbedreigende klachten komen in minder dan 1% van de gevallen voor. Klachten waarbij enige urgentie bestaat, vormen samen een kwart van het patiëntenaanbod, terwijl driekwart van het patiëntenaanbod geen spoedzorg betreft. Bij urgente klachten (U1-3) bleek de mate van urgentie op basis van de diagnose (E-regel) 29% lager uit te vallen dan de inschatting op basis van de klacht (S-regel). Met andere woorden: achteraf viel de mate van urgentie vaak mee (tabel 3).

Niet-urgente problemen kwamen vooral voor bij kinderen onder de vijf jaar en in het weekend overdag. Problemen in de hoogste urgentiecategorieën werden vooral bepaald door hart-, luchtweg- en bewustzijnsstoornissen.

De conclusie is dat veruit de meeste klachten worden bepaald door niet-ernstige en zelflimiterende klachten. Deze klachten kunnen geprotocolleerd en onder supervisie van de huisarts door assistenten worden afgehandeld.

Ongeveer de helft van de contacten wordt telefonisch afge-

Tabel 3

Frequentieverdeling over urgentieklassen op grond van klacht en diagnose

URGENTIE	KLACHTEN		DIAGNOSE	
	N	%	N	%
Levensbedreigend (U1)	145	0,7	116	0,6
Spoed (U2)	982	4,8	665	3,2
Dringend (U3)	3599	17,6	2571	12,5
Routine (U4)	15.745	76,9	17.119	83,7
<i>Totaal</i>	<i>20.471</i>	<i>100</i>	<i>20.471</i>	<i>100</i>

handeld. In ongeveer 13% van de gevallen wordt, vrijwel alleen bij ouderen, een visite afgelegd. 5,8% van de patiënten wordt verwezen. In 30% van de gevallen wordt een recept uitgeschreven, waarvan pijnstilling en antibiotica 50% uitmaken. Hoewel een vergelijking tussen de zorg binnen en buiten kantoortijden moeilijk te maken is, zien we dat binnen kantoortijd meer patiënten met chronische problematiek huisartsenzorg ontvangen. Buiten kantoortijd zijn dit meer patiënten met acute problemen, waarbij infectieuze aandoeningen de boventoon voeren.

Triage¹²⁻¹⁵

Telefonische triage is het meest kwetsbare onderdeel van het hulpverleningsproces op de huisartsenpost. Er dient steeds een optimale balans te worden gevonden tussen veilige zorg en doelmatige zorg. Met veilige zorg wordt bedoeld dat de patiënt geen schade mag ondervinden of zelfs mag overlijden door uitgestelde of inadequate hulpverlening. Met doelmatige zorg wordt bedoeld dat de hulpverlening efficiënt wordt ingezet om medicalisering, overbelasting van hulpverleners en te kostbare zorg te voorkomen.

Triage aan de telefoon stelt hoge eisen aan de communicatieve en medisch inhoudelijke vaardigheden van de hulpverlener. In landen met huisartsenposten zijn hierbij ten aanzien van het hulpverleningsniveau verschillende keuzen gemaakt. Zo koos men in Denemarken voor huisartsen en in Engeland en Nederland voor triageassistenten met een opleiding tot doktersassistente (80%) of verpleegkundige (20%).

Evenals in Engeland werd in Nederland deze keus ingegeven door de wens tot werkdrukvermindering van huisartsen. Inderdaad blijkt uit onderzoek dat de werkdruk van huisartsen aanzienlijk afneemt, aangezien triageassistenten onder supervisie van de huisarts zeer veel contacten zelfstandig afhandelen. Bovendien neemt de efficiency van de zorg toe doordat er meer dan voorheen telefonisch wordt afgehandeld.

Er bestaan echter twijfels of doktersassistenten en verpleegkundigen wel in staat zijn veilige triage te verrichten. Om de veiligheid van de triage te verbeteren is in Nederland

ervoor gekozen de assistenten te ondersteunen door een superviserende huisarts. Daarnaast werd in 2002 de 'NHG-Telefoonwijzer' ingevoerd, met daarin een systeem met vier urgentieklassen en triagerichtlijnen voor 57 klachten.

Onderzoek onder triageassistenten laat zien dat ze positief zijn over de inhoud van hun nieuwe werk: ze vinden het interessant en leerzaam.

Triageassistenten ervaren hun deskundigheid als voldoende, maar geven ook aan kennis te missen in vooral spoedeisende geneeskunde. Zij hebben dan ook behoefte aan medische scholing op dit terrein. Telefoonprotocollen worden beschouwd als een nuttig hulpmiddel bij het verhelderen en schatten van hulpvragen, maar worden weinig gebruikt en er is behoefte aan systematische scholing hierin.

De samenwerking met (steeds weer andere) dienstdoende huisartsen en collega-doktersassistenten vergt aanpassingsvermogen, maar wordt overwegend als positief ervaren. Omdat huisartsen onderling nogal eens verschillen in de aanpak van bepaalde hulpvragen, wordt gepleit voor meer eenduidigheid onder huisartsen om verwarring te voorkomen. Dit kan worden bereikt wanneer zowel huisartsen als doktersassistenten meer volgens protocollen gaan werken. In de praktijk blijken telefoontjes en gegeven adviezen lang niet altijd te worden nabesproken met de huisarts. Doktersassistenten ervaren dit als een gemis. Zij werken immers onder de supervisie en verantwoordelijkheid van de arts. Het uitwisselen van ervaringen naar aanleiding van gebeurtenissen in de dienst en terugrapportage bij visites en consulten stimuleren doktersassistenten in hun werk. Het bevordert bovendien de prettige samenwerking en het teamgevoel.

Toegankelijkheid¹⁶⁻¹⁷

Om de zorg te kunnen leveren over een groot gebied werd door huisartsenposten het '15 minuten-criterium' verlaten en vervangen door een inspanningsverplichting om zo snel mogelijk kwalitatief goede zorg ter plekke van de patiënt te regelen. Deze inspanningsverplichting kan worden geconcretiseerd door afspraken te maken met de ambulancediensten en door het treffen van verkeersbevorderende maatregelen, zoals het gebruik van de busbaan en gebruik van zwaailicht. Of deze afspraken op alle huisartsenposten met dezelfde kwaliteit worden nageleefd, is onbekend.

Het risico bestaat dat door de afstand de wachttijd toeneemt, met negatieve consequenties voor de patiënt. Literatuuronderzoek geeft hierover geen informatie. We onderzochten de invloed van de factor afstand op de wachttijd.

De gemiddelde wachttijd over alle visites bedroeg 28,3 minuten. Een correlatie tussen wachttijd en toename van de afstand werd niet gevonden. Wel blijken significante correlaties te bestaan tussen de wachttijd, verkeersdrukte en visitedrukte. Ook bestaat er een significante correlatie tussen wachttijd en urgentie van de klacht. In 30,6% van de gevallen lukte het niet om bij een levensbedreigde patiënt

Kernpunten

- De opschaling van huisartsenzorg van waarneemgroepen naar huisartsenposten heeft positieve effecten gehad voor huisartsen. De werkdruk en een groot aantal knelpunten namen af en de arbeidssatisfactie is toegenomen.
- Ook voor patiënten is het een positieve ontwikkeling. Over het algemeen zijn ze zeer tevreden en het aantal klachten is minimaal, hetgeen haaks staat op de negatieve berichtgeving in de media.
- Hoewel de zorgen van patiënten op grote afstand invoelbaar zijn, is hun wachttijd bij visites niet anders dan voor patiënten dicht bij de huisartsenpost.
- De ontwikkeling van huisartsenposten is als een vliegwiel te beschouwen voor ontwikkelingen binnen de gehele huisartsenzorg, zoals de aandacht voor triage in de huisartsenpraktijk, samenwerking met derden en het werken in teamverband.

(U1) binnen 15 minuten aanwezig te zijn. Bij 7% van de potentieel levensbedreigde patiënten (U2) lukte het niet binnen één uur ter plekke te zijn. Uit analyse van de groep patiënten bij wie het niet lukte de tijdsriteria te halen, bleek dit niet samen te hangen met de afstand, maar wel met de visitedrukke.

De conclusie van dit onderzoek was dus dat afstand een beperkte rol speelt en dat een adequate triage, het aantal visites en de verkeersdrukke een belangrijkere rol spelen bij de visitewachttijd.

Overigens gelden deze uitkomsten tot 20 kilometer. We verwachten dat daarboven de afstand wel een steeds belangrijkere rol gaat spelen in de wachttijd. Hiernaar voeren we op dit moment onderzoek uit.

Conclusie

De onderzoeksresultaten naar aanleiding van de komst van huisartsenposten laten bemoedigende resultaten zien, zowel voor huisartsen als voor patiënten. De ontwikkeling van huisartsenposten is als een vliegwiel te beschouwen voor ontwikkelingen binnen de gehele huisartsenzorg, zoals de aandacht voor triage in de huisartsenpraktijk, samenwerking met derden en het werken in teamverband. Aandacht is noodzakelijk voor de expertise en de plaats van de huisarts in de spoedeisende zorg en training van triageassistenten. Daarnaast dient grote prioriteit te worden gegeven aan de elektronische beschikbaarheid van het medische dossier om de continuïteit van de zorg zoveel mogelijk te waarborgen.¹⁸ Toekomstige organisatorische ontwikkelingen dienen vooral plaats te vinden wat betreft verdergaande samenwerking met de ziekenhuizen en ambulancediensten¹⁹ en de nabijheid van een apotheekvoorziening. De kwaliteit van huisartsenposten dient steeds meer transparant te worden gemaakt voor de buitenwereld door het bouwen van een kwaliteitsstelsel, waarbij huisartsenposten met elkaar worden vergeleken op basis van een groot aantal indicatoren. Door onze onderzoeksgroep wordt op dit moment hieraan gewerkt.

Literatuur

1. Jessopp L, Beck I, Hollins L, et al. Changing the pattern out of hours: a survey of general practice cooperatives. *BMJ* 1997;314:199-200.
2. Christensen MB, Olesen F. Out of hours service in Denmark: evaluation five years after reform. *BMJ* 1998;316:1502-5.
3. Giesen P, Haandrikman L, Broens S, et al. Centrale huisartsenposten: Wordt de huisarts er beter van? *Huisarts Wet* 2000;43(12):508-10.
4. Giesen P, Hiemstra N, Mokkink H, et al. Tevreden over diensten, centrale huisartsenpost voldoet aan verwachtingen. *Medisch Contact* 2002;57:1657-60.
5. Post J. Grootchalige huisartsenzorg buiten kantooruren [Proefschrift]. Groningen, 2004.
6. Uden C van. Studies on General Practice out-of-hours care [Proefschrift]. Maastricht, 2005.
7. Huisartsenposten in Nederland. Nieuwe structuren met veel kinderziekten. Rapport Inspectie voor de Gezondheidszorg. Den Haag, 2004 (www.igz.nl).
8. Giesen P, Moll van Charante E, Janssens H, et al. Huisartsenposten: Het oordeel van de patiënt over de zorg: Onderzoek onder veertien huisartsenposten. *Medisch Contact* 2004;59:[paginanummering?>3](#).
9. Silderhuis V, Giesen P, Borghuis M, et al. Boze brieven. Klachten van patiënten over huisartsenposten in kaart gebracht. *Medisch Contact* 2004;59:600-2.
10. Giesen P, Braspenning J. Huisartsenpost: gewone klachten met acuut karakter. *Huisarts Wet* 2004;47:177.
11. Giesen P, Mokkink H, Ophay G, et al. Hoe urgent is de gepresenteerde morbiditeit op de Centrale Huisartsen Post. *Huisarts Wet* 2005;48:207-10.
12. Leibowitz R, Day S, Dunt D. A systematic review of the effect of different models of after-hours primary medical care services on clinical outcome, medical workload, and patient and GP satisfaction. *Fam Pract* 2003;20:311-7.
13. Giesen P, Wilden-van Lier E, Schers H, et al. Telefonisch advies en triage tijdens de dienst. *Huisarts Wet* 2002;45:299-302.
14. Busser G, Giesen P. Een spin in het web: de telefoonarts, een nieuwe functie in de grootschalige huisartsenpost. *Medisch Contact* 2002;57:1353-5.
15. Giesen PHJ, Post J, Mokkink H, et al. Doktersassistenten op centrale huisartsenposten. *Patient Care* 2002;29:42-8.
16. Anoniem. Addendum bij de nota Bereikbaarheid en Beschikbaarheid van Huisartsenzorg; LHV, mei 2000.
17. Giesen P, Mokkink H, Bosch W van de, et al. Wachten op een visite. *Medisch Contact* 2004;59:1820-3.
18. Schers H, Giesen P, et al. Continuïteit tijdens de waarneemdienst; de behoefte aan het medisch dossier. *Huisarts Wet* 2001;10:412-8.
19. Giesen P, Fraanje W, Klomp M. De rammelende keten: afstemming van taken spoedeisende zorg is dringend gewenst. *Medisch Contact* 2003;58:1810-2.